

Désignation de la personne de confiance

F 06  Mars 2006 n° 012207

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Ce formulaire, après avoir été complété et signé, est à remettre impérativement

- soit à la secrétaire médicale lors de la prochaine consultation
- soit à l'infirmière qui vous a contacté lors de votre hospitalisation

Le formulaire n° 2502 relatif aux droits des malades prévoit la mise en place de la personne de confiance qui doit être proposée aux patients, cette forme de désignation sera consignée dans votre dossier médical.

REMERCIEMENTS : La personne de confiance a pour mission de rendre vos souhaits et :

- De vous accompagner lors de vos entretiens médicaux, à votre souhait (elle sera forcément tenue au secret médical).
- De vous assister dans vos démarches de soins.
- D'être consultée par l'équipe médicale de l'hôpital vous le souhaitez plus en détail d'exprimer votre avis concernant les soins.
- De recevoir l'information nécessaire pour exercer ses missions.

REMARQUE : Cette désignation N'EST PAS OBLIGATOIRE

A. Désigné(e) : Nom et Prénom : _____ Lien de naissance : _____
Prénoms : _____ Date et Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Téléphone(s) : _____

Je souhaite pas désigner une personne de confiance
 Je suis pas en état de désigner une personne de confiance
 Je souhaite désigner la/les personne(s) de confiance
 Pour la durée de mon hospitalisation
 Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

B. Non désigné(e) : Nom et Prénom : _____ Lien de naissance : _____
Prénoms : _____ Date et Lieu de naissance : _____
Adresse : _____ Lien de famille : _____
Téléphone(s) : _____
Date : _____ Signature du patient : _____

REMERCIEMENTS :

- Ce formulaire informe la personne de confiance de sa désignation et de ses missions de son accord.
- Que cette désignation demande une réflexion, ce n'est pas un acte anodin.
- Que cette désignation est valable pour la durée choisie et révisable à tout moment.

Réserve à la personne de confiance
Je vous ai été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance
Par le : _____ Le : _____ Signé : _____

Ce document est à classer en tête de dossier médical

IMV - 14 0000 10

[Voir le dossier](#)